

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 51

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LYON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE QUELQUES AGENTS DU TRAITEMENT MÉDICAL
DE LA
PÉRITONITE TUBERCULEUSE

HÉLIOTHÉRAPIE. — PHOTOTHÉRAPIE. — IODOTHÉRAPIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emmanuel PONTOIZEAU

Né le 5 Octobre 1889, à Sizun (Finistère),

Elève à l'École du Service de Santé Militaire,



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1913



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 51

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LYON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE QUELQUES AGENTS DU TRAITEMENT MÉDICAL

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

HÉLIOTHÉRAPIE. — PHOTOTHÉRAPIE. — IODOTHÉRAPIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Emmanuel PONTOIZEAU

Né le 5 Octobre 1889, à Sizun (Finistère),

Elève à l'École du Service de Santé Militaire,



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1913



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET.
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.		ROQUE
		BARD
		X...
		X...
Clinique obstétricale et Accouchements		FABRE
Clinique ophtalmologique		ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NICOLAS
Clinique des maladies mentales		LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants		WEILL
Clinique des maladies des femmes		POLLOSSON (A.)
Physique médicale		CLUZET
Chimie médicale et pharmaceutique		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie		MOREL
Matière médicale et Botanique		MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		GUIART
Anatomie		TESTUT
Anatomie générale et Histologie		RENAUT
Physiologie.		MORAT
Pathologie interne.		COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales		LESIEUR
Anatomie pathologique.		PAVIOT
Médecine opératoire		POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée		COURMONT (P.)
Médecine légale.		ETIENNE MARTIN
Hygiène :		COURMONT (J.)
Thérapeutique		PIC
Pharmacologie		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BPETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THÉVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC (A.), Président ; LESIEUR, Assesseur ;
MM. MOURIQUAND et PIÉRY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE

Capitaine de Gendarmerie,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de gratitude,
de reconnaissance et d'affection sans
bornes.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux.

Il nous a donné le sujet de cette thèse et a bien voulu nous faire l'honneur d'en accepter la présidence. Nous le prions de croire à toute notre reconnaissance, et l'assurons que nous garderons le meilleur souvenir de l'accueil charmant qu'il nous a toujours fait dans son service, de ses leçons cliniques et magistrales du semestre d'été dont nous avons tiré le meilleur fruit, et qui nous serviront de guide le plus sûr dans la pratique médicale.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LESIEUR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

MOURIQUAND ET PIÉRY

Qui ont bien voulu faire partie de notre jury, nous offrons nos plus respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR

Médecin des Hôpitaux,
Chef du Laboratoire de Thérapeutique à la Faculté.

*Il nous a éclairé de ses conseils et nous a
toujours réservé le meilleur accueil au
laboratoire. Qu'il accepte nos plus sincères
et nos plus respectueux remerciements.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JAUBERT

Médecin de l'Hôpital Renée Sabran, d'Hyères,
et de l'Institut Hélios-Marin de la Côte-d'Azur.

*Les documents qu'il a mis à notre disposi-
tion pour notre travail nous ont été de la
plus grande utilité, son obligeance et son
amabilité à nous les fournir lui donnent
droit à toute notre gratitude. Nous la lui
exprimons ici.*

A MES MAÎTRES

de l'Ecole de Médecine de Marseille
des Facultés de Nancy et de Lyon
de l'Ecole du Service de Santé militaire

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
QUELQUES AGENTS DU TRAITEMENT MÉDICAL
DE LA
PÉRITONITE TUBERCULEUSE
(HÉLIOTHÉRAPIE. — PHOTOTHÉRAPIE. — IODOTHÉRAPIE)

INTRODUCTION

Le traitement de la péritonite tuberculeuse est passé par des phases successives, très différentes les unes des autres. A l'origine, dès que cette maladie eut acquis son individualité clinique, le traitement fut surtout médical, empirique devrait-on dire, mais inefficace.

Chirurgical ensuite pendant une longue période, il tend aujourd'hui à redevenir presque absolument médical, grâce surtout aux idées nouvelles sur l'hygiéno-diététique et à l'emploi de plus en plus rationnel des agents physiques dans la cure de la tuberculose, quelles soient ses manifestations.

Dans un chapitre d'historique, nous verrons quelles furent les étapes successives de ce traitement; dans un court paragraphe nous exposerons les formes cliniques

de la tuberculose du péritoine et nous aborderons l'étude des traitements qui nous semblent les meilleurs et qui sont basés principalement sur la diététique et le régime.

Nous étudierons, appuyé sur des observations cliniques, tout particulièrement l'héliothérapie et les préparations iodées : la première méthode, très en faveur depuis plusieurs années dans toutes sortes d'affections et dont les travaux de Poncet, Chatin, Weill, Pic, Mouriquand et Gardère, Nové-Josserand à Lyon, Jaubert à Hyères ont montré l'efficacité dans la cure de la bacillose péritonéale; la deuxième, employée couramment par les praticiens italiens, expérimentée dans le service de M. Pic à l'Hôtel-Dieu et qui a donné des résultats satisfaisants.

Nous tirerons des déductions, et nous verrons les cas, rares il est vrai, où il faut malgré tout utiliser l'intervention chirurgicale.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire de la tuberculose du péritoine, de même que celle de toutes les lésions de cette séreuse, ne remonte pas au delà des premières années du xix^e siècle, c'est-à-dire de l'époque où les mémorables travaux de Bichat sur les membranes séreuses isolèrent les affections péritonéales du chaos des gastrites et des entérites. Mais les observations de Bichat, celles de Bayle, Laennec, Scoutteten établirent seulement l'existence de la péritonite chronique.

Un auteur anglais, John Baron, s'efforça de montrer le rôle des tubercules dans l'inflammation chronique du péritoine. Ces idées furent reprises par Louis et appuyées par cet auteur sur de telles preuves que beaucoup devinrent en peu de temps de véritables lois nosologiques.

Chomel et Grisolle développèrent ces notions. Grisolle établit une distinction très nette entre les péritonites tuberculeuses et les péritonites cancéreuses, et admit le pronostic presque fatal des péritonites tuberculeuses. Tous les médecins de cette époque étaient impressionnés au plus haut point par cette idée qu'une

tuberculose intéressant une séreuse aussi facilement inflammable que le péritoine était plus grave que les autres formes de la tuberculose.

Les travaux de Lanceraux, Guéneau de Mussy, Tapiet, Féréol, Brouardel, Delpuech élucident les rapports de la péritonite tuberculeuse avec l'alcoolisme, les cirrheses hépatiques, les pleurésies, et séparent de la tuberculose péritonéale les péritonites chroniques ressortissant à l'alcoolisme, à la syphilis, au brightisme.

Les anatomo-pathologistes de cette époque constatèrent des lésions multiples de tuberculose dans tous les organes et avec Louis on admit la concomitance fréquente de la péritonite bacillaire et de la tuberculose pulmonaire.

On chercha à soigner cette affection redoutable à pronostic pour ainsi dire fatal et qui est, comme le disait Grisolle, « tout autant une maladie localisée au péritoine qu'une affection aiguë de tout l'organisme qu'il faudrait combattre en soutenant l'organisme (1860) ».

L'ineurabilité des affections tuberculeuses était alors admise comme un dogme; Villemain vint et affirma que la tuberculose des séreuses pouvait être sinon guérie, tout au moins améliorée largement dans certains cas. Lebert alla plus loin et formula des pronostics différents suivant les formes cliniques; c'est ainsi qu'il distingua les formes localisées et les formes généralisées où comme pronostic la mort est la règle.

Au contraire, dans la première forme si les néoformations bacillaires du péritoine sont circonscrites et rares, la guérison peut se produire assez facilement. Il

remarquait même que cette détermination inflammatoire du péritoine est d'un pronostic favorable dans l'évolution de la phtisie pulmonaire.

Le traitement usité avant 1860, uniquement médical, était empirique et n'inspirait qu'une confiance très limitée aux praticiens qui voyaient pour cette affection le pronostic toujours sombre et qui proclamaient son incurabilité absolue.

L'année 1862 marque le début d'une ère toute nouvelle dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. C'est l'avènement du traitement chirurgical : on sait dans quelles circonstances célèbres Spencer-Wells, ouvrant l'abdomen d'une jeune fille qu'il croyait atteinte d'un kyste de l'ovaire, se trouva en présence de lésions tuberculeuses du péritoine et comment, à la suite de cette laparotomie exploratrice, conséquence d'une erreur de diagnostic, la malade se trouva guérie. A la suite de cette opération, on ne pratiqua guère d'interventions chirurgicales raisonnées : on fit quelques faux diagnostics, on ouvrit des ventres à l'aveugle, on eut des résultats parfois inespérés, mais cela n'encouragea guère les chirurgiens à opérer de façon sérieuse.

Ce ne fut qu'en 1884 que Kœnig eut le premier le mérite d'avoir pratiqué une laparotomie vraiment raisonnée dans un cas de péritonite. Dans son mémoire intitulé : *De la tuberculose péritonéale diffuse et des tumeurs apparentes qu'elle détermine dans l'abdomen avec pronostic et traitement*, il préconisait dans certains cas la laparatomie et souleva certains enthousiasmes. Le résultat fut qu'on opéra plus har-

diment et qu'on exagéra même. Pendant un certain temps, la tuberculose péritonéale fut rangée ouvertement dans la catégorie des formes opératoires de la tuberculose au même titre que les tuberculoses osseuses ou articulaires. L'antisepsie et l'asepsie, méthodes toutes nouvelles, permettaient les interventions les plus hardies avec le minimum de risques d'infection post opératoire.

C'est alors le moment où, si l'on peut dire, la période chirurgicale bat son plein et la masse des médecins accueille avec toujours plus de faveur l'intervention pour une maladie qu'ils se jugent impuissants à guérir par les seules ressources de la thérapeutique médicale.

Cependant, et dès 1863 ou 1864, Grancher et Jacoud, essayaient de répandre leurs théories sur le régime hygiéno-diététique à appliquer à la tuberculose quelle que soit sa forme. Mais ces idées qui semblaient avancées laissaient indifférents la plupart des médecins.

Alors se succèdent les travaux de Truc (1886), de Kümmel (1887), de Marnange (1889), de Koë nig, Routier, Pic (1890). La thèse de Pic (1890) marque le début de la période de réaction en faveur d'un traitement médical, c'est la période d'oscillation entre les deux méthodes chirurgicale et médicale.

L'étude anatomo-pathologique du nodule tuberculeux se complète par les recherches de Villemin, de Kock qui découvre le bacille, et qui permettent d'éclairer l'opinion sur le processus intime des lésions.

L'exposé critique des résultats opératoires, toujours nombreux, est fait dans les revues et les articles écrits

par Bruhl, Courtois-Suffit, Jalaguier, Legueu, et de tous ces travaux se dégage une tendance très nettement interventionniste. Suivant la remarque de Broca, dans les dernières années du XIX^e siècle, la presque unanimité des médecins, comme des chirurgiens, se fût en principe prononcée en faveur d'une thérapeutique à peu près exclusivement chirurgicale.

Les adeptes de Grancher et Jaccoud n'ont pas encore fait école.

Une technique nouvelle est inaugurée ultérieurement par Debove qui lave le péritoine, après ponction évacuatrice, avec de l'eau boriquée. Riva, Baylac conseillent aussi cette méthode. D'autres furent plus énergiques et employèrent des caustiques. Le péritoine docile supportait même le naphтол camphré, le sublimé, l'éther iodoformé (Rendu, Maurange, Truc).

Malgré les interventions chirurgicales fréquentes, on ne s'expliquait pas encore par quel mécanisme la simple ouverture de l'abdomen pouvait amener la guérison des lésions tuberculeuses. On invoqua l'effet stérilisateur de l'air sur la séreuse. De là à injecter de l'air stérilisé dans le péritoine, il n'y avait qu'un pas qui fut franchi et qui donna des résultats heureux à Moosetig-Moorhof. Tollet, Durand, Bergonié opérèrent dans cet ordre d'idées.

Une réaction s'est produite, tenant, d'une part, à ce que la multiplicité même des interventions a permis d'en préciser les indications et, d'autre part, à ce que le traitement hygiéno-diététique de la tuberculose n'a été mis en œuvre judicieusement que dans ces dernières années. On a peut-être exagéré, et, après avoir abusé

de la chirurgie, on a peut-être tendance maintenant à en user trop rarement.

En 1902, le Dr Grange expose le traitement médical de la péritonite; d'après lui, on doit rejeter l'intervention, sauf dans la variété fibro-caséeuse avec phlegmon et dans certaines formes suppurées. Dans les formes fibreuses, il faut se garder d'intervenir, sauf le cas où il se produit des brides scléreuses cicatricielles d'une façon exagérée, ce qui pourrait avoir l'occlusion intestinale comme conséquence. Dans ce cas, l'intervention s'impose d'urgence si l'on veut sauver le malade.

Dans la forme ascitique, les traitements médicaux que nous exposerons, combinés à la diététique la plus sévère, bien entendu, comme par exemple l'héliothérapie et le traitement iodé, donnent de bons résultats et permettent d'éviter une opération toujours sujette à plus d'aléas qu'un traitement uniquement médical.

CHAPITRE II

FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE PÉRITONÉALE

Deux distinctions nettes s'imposent tout d'abord entre les manifestations aiguës de la tuberculose péritonéale et les manifestations chroniques.

I. — FORMES AIGUES

On distingue en premier lieu :

1° Forme miliaire granulique.

C'est une granulie à prédominance péritonéale dans laquelle les lésions inflammatoires sont rares et les lésions tuberculeuses au maximum.

La cavité du péritoine est libre, non cloisonnée, avec ascite séro-fibrineuse pouvant atteindre 10 litres.

Les lésions caractéristiques sont des granulations miliaries dures, grises, jaunes, disséminées dans les deux feuillets. Ces lésions sont généralisées souvent à presque tous les viscères.

Comme symptômes, les douleurs sont vives, exagérées par la pression, il y a des vomissements, du

météorisme. L'état général est typhique, avec amaigrissement rapide.

Cette forme est fréquente chez les grands enfants et l'évolution des lésions est rapide et presque toujours mortelle.

2° Forme miliaire pleuro-péritonéale subaiguë.

Ici, les lésions, au lieu d'être généralisées, sont limitées à la cavité pleuro-péritonéale, cette forme peut devenir chronique.

Les symptômes sont ceux d'une péritonite banale avec vomissements, pouls filant, faciès péritonéal. Constipation.

Du côté de l'arbre pulmonaire, on a un léger épanchement pleural avec frottements, dyspnée et toux.

La concomitance de ces lésions pleurales avec les lésions péritonitiques permet de déceler la nature tuberculeuse de la maladie.

Cette forme, plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant, tue souvent, mais guérit quelquefois par évolution fibreuse des lésions.

3° Forme miliaire péri-cæcale à type appendiculaire.

En 1896, Lejars observa un cas de tuberculose, à forme miliaire, simulant l'appendicite et caractérisé anatomiquement par la localisation péri-cæcale des tubercules. Son maximum de fréquence est vers douze à quinze ans.

Le début est brusque, avec douleurs brutales dans la région de Mac-Burney, vomissements, diarrhée ou

constipation. Dissociation du pouls et de la température qui complète encore les analogies avec les péritonites appendiculaires.

L'évolution se fait dans le sens d'une appendicite avec péritonite localisée, ou bien on a le tableau d'une péritonite diffuse par perforation. Dans le premier cas, le passage à la chronicité s'observe souvent; dans le second, la mort est rapide.

II. — FORMES CHRONIQUES

La commune origine des formes anatomiques de la réaction de la séreuse à l'infection tuberculeuse explique le mélange de ces formes sur la même séreuse, et le passage d'une forme à l'autre, durant le cours d'une maladie, montre suffisamment que ces variétés anatomiques représentent des stades d'une même évolution, plutôt que des formes distinctes :

1° Forme ascitique.

Ici, l'ascite, par sa précocité, son abondance et sa durée, l'emporte sur tous les autres éléments du complexe morbide.

Avec cet épanchement, parfois énorme, jaune citrin, transparent, séro-purulent, on note l'existence de petites granulations discrètes.

Comme symptômes, on remarque quelques douleurs vagues, paroxystiques dans l'abdomen, diarrhée, puis constipation, nausées, vomissements, fièvre vespérale, amaigrissement.

En quelques mois, l'ascite se résorbe, mais souvent la tuberculose continue son évolution torpide, et alors se dessine le tableau, soit fibreux, soit caséux de la tuberculose péritonéale. L'ascite n'a été qu'une étape et n'a marqué que le premier degré de la maladie.

Cette ascite n'est, en somme, qu'un phénomène lié aux réactions défensives de la séreuse contre l'infection; sa précocité et son abondance sont symptomatiques d'une résistance efficace du péritoine et, par conséquent, d'un heureux augure pronostique.

2° Forme caséo-ulcéreuse.

Cette forme peut succéder à la forme ascitique, ou survenir consécutivement à des péritonites bacillaires aiguës.

Elle est caractérisée par la fonte nécrotique des tubercules, avec processus de sclérose à la périphérie qui aboutit à la formation d'adhérences épaisses.

Les symptômes consistent en inappétence, nausées, constipation, diarrhée, météorisme, avec état général mauvais. La percussion de l'abdomen dénote des zones mates alternant avec des zones sonores (damier).

Au météorisme, peut succéder l'ascite. Si cet épanchement a nécessité une ponction, ou s'il s'est résorbé, la palpation permet de noter une sensation spéciale, de pâte consistante. On perçoit des gargouillements, de la crépitation.

La palpation profonde fait sentir des plaques irrégulières, ce sont les gâteaux péritonéaux.

L'amaigrissement, l'asthénie, l'altération des traits

sont très impressionnants et trahissent l'atteinte profonde de la nutrition.

La mort peut survenir par généralisation bacillaire.

3° Forme fibreuse.

C'est une forme qui apparaît d'emblée ou bien succède aux formes décrites précédemment.

Elle est caractérisée par la transformation du tissu conjonctif en tissu fibreux, qui aboutit ainsi à l'isolement des tubercules enkystés, qui est d'un pronostic favorable.

Il est difficile de faire le diagnostic au début de cette forme, qui est insidieux et lent, marqué par l'affaiblissement de l'état général, l'anorexie et quelques troubles intestinaux. Météorisme et ascite qui ne durent pas.

Les masses intestinales sont immobilisées, dures, la palpation permet de sentir la corde épiploïque, ventre en bateau. A l'exploration, on a nettement la sensation de la symphyse péritonéo-viscérale et péritonéo-pariétale.

L'état général est relativement satisfaisant.

L'évolution se produit dans le sens de lésions scléreuses graves, mais aussi la guérison peut survenir par suite d'adhérences fibreuses, pourvu qu'elles n'amènent pas, par leur développement, des phénomènes d'occlusion intestinale qui nécessiteraient l'intervention.

CHAPITRE III

LE TRAITEMENT MÉDICAL ACTUEL CONSIDÉRATIONS ET RÈGLES GÉNÉRALES

Avant d'entreprendre l'étude des méthodes particulières employées aujourd'hui dans le traitement des péritonites tuberculeuses, nous empruntons à une leçon clinique inédite de notre maître, le professeur Pic, les passages suivants, qui nous montrent par quelle évolution on est arrivé à renoncer au traitement chirurgical, et sur quelles considérations reposent les règles générales du traitement médical actuel.

En 1890, le professeur Pic terminait son internat par une thèse dans laquelle un parallèle était établi entre le traitement médical et le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. A cette époque, la curabilité de la péritonite tuberculeuse était considérée comme hypothétique; des hommes comme Dieulafoy, Laveran et Teissier avaient écrit que la tuberculose péritonéale ne guérit pas. M. Pic, dans ses conclusions, ajoute : « La curabilité de la tuberculose péritonéale est un fait acquis, mais elle ne s'observe guère que dans un cinquième des cas chez l'adulte, un tiers

au plus chez l'enfant. Des trois formes particulières (que nous avons étudiées ci-dessus), la forme fibreuse ascitique fournit presque tous les cas de guérison. »

Etudiant à cette époque la valeur comparée du traitement médical et du traitement chirurgical, notre maître, dans son travail inaugural, dit que les formes qui guérissent chirurgicalement sont également celles qui guérissent médicalement, mais qu'en général elles guérissent plus vite et plus sûrement que par le traitement médical.

Si ces conclusions demeuraient entières, le rôle du traitement médical serait encore considérable, car il y a encore de nombreuses contre-indications au traitement chirurgical. Dans la forme fibreuse ascitique, il y a en effet trois contre-indications :

- a) Etat fébrile ;
- b) Signes pulmonaires avancés ;
- c) Signes d'ulcérations intestinales.

Dans la forme fibreuse sèche, il n'y a guère que des indications d'urgence : occlusion intestinale.

Dans la forme ulcéreuse, la laparotomie est contre-indiquée, sauf des indications d'urgence : suppuration, par exemple.

Nous pouvons donc dire, avec M. Pic, que le champ est encore assez vaste pour une thérapeutique uniquement médicale, mais il y a mieux : depuis vingt ans, le traitement médical a bénéficié des changements de la doctrine médicale dans l'évolution des lésions tuberculeuses ; en 1890, c'était *res mirabilis* que guérison d'une tuberculose ; en 1913, c'est chose banale. Les règles générales hygiéno-diététiques, du traitement de

la tuberculose, que nous passerons en revue tout à l'heure, ont été appliquées ici avec succès. D'autre part, on a découvert certains moyens bactéricides qui ont donné des résultats évidents.

En fin de compte, nous pouvons donc dire aujourd'hui que le traitement chirurgical ne peut être discuté que dans des indications d'urgence (occlusion, perforation intestinale, empyème péritonéal, tuberculose annexielle surajoutée), et quand le traitement médical, conduit avec patience et persévérance, n'aboutit qu'à une faillite.

Ces cas seront l'exception, si nous voulons bien nous en référer aux règles que nous allons maintenant exposer :

Dans le traitement de la tuberculose péritonéale, que nous pouvons considérer, sans être taxé d'exagération, comme une tuberculose locale, le but à poursuivre est d'arriver à des néoformations fibreuses dans le péritoine. Ce résultat peut être obtenu de deux façons, soit en s'adressant au terrain, soit en s'adressant à la graine.

Si nous nous adressons au terrain, nous pourrions employer des agents hygiéniques ou des agents médicamenteux. Les agents de la diététique, repos, aération, alimentation, seront étudiés tout à l'heure. Les agents médicamenteux qui pourront avoir une influence sur le terrain sont : l'huile de foie de morue, le cacodylate, les glycéro-phosphates.

Si nous voulons influencer la graine, nous avons à notre disposition des agents thérapeutiques qui procèdent de façon différente.

Les uns agissent :

1° Par voie intrainestinale (créosote, lavements huile de foie de morue);

2° Par voie intrapéritonéale (injection eau boriquée, eau bouillie, naphtol camphré, air stérilisé, oxygène);

3° Par voie sous-cutanée :

Ce sont les injections iodo-iodurées que nous étudierons spécialement;

4° Par voie transcutanée :

C'est ici le triomphe des agents physiques, dont l'*héliothérapie*, qui fera un chapitre de notre travail, apparait comme le plus efficace; la photothérapie, la radio- et radiumthérapie ont aussi leurs adeptes; conduites avec soin, comme nous le verrons pour l'héliothérapie, ces pratiques ne donnent lieu à aucun danger et permettent d'obtenir des résultats brillants;

5° Par voie cutanée :

Ce sont les applications d'alcool, de pommades à base d'iode sur la paroi abdominale; la révulsion;

6° Par immunisation :

Ce sont les tuberculines et les sérums antituberculeux;

7° Pour lutter efficacement contre la péritonite tuberculeuse, il faut aussi établir un traitement symptomatique.

Nous pouvons donc conclure, avant de passer à l'étude plus détaillée des facteurs de l'hygiène et de quelques agents du traitement médical que nous avons passés en revue plus haut, que le traitement médical de la péritonite tuberculeuse doit être érigé en un principe absolu et qu'au point de vue chirurgical, en

matière de péritonite tuberculeuse, il n'y a pas d'opérations d'opportunité, mais seulement des opérations d'urgence.

RÈGLES DE L'HYGIÈNO-DIÉTÉTIQUE

Une hygiène spéciale, basée sur le repos, l'aération et l'alimentation rationnelle, doit tout d'abord être sévèrement appliquée aux malades avant tout traitement proprement dit, et c'est ce que nous allons étudier.

1^o Repos.

Cette règle est applicable, d'une façon draconienne, à toutes les formes, que ce soient les formes torpides et apyrétiques, ou les formes fébriles.

Ce repos sera absolu, basé sur une clinothérapie sévère. Il est inutile d'interdire au malade les exercices physiques, puisque le plus souvent, son ventre, ballonné et douloureux, lui permet à peine de se remuer. Il faut éviter au malade les préoccupations morales, la lecture et les conversations prolongées; en un mot, ce repos sera aussi bien physique que psychique.

Cette cure au repos sera prolongée très longtemps. On ne permettra le travail et l'exercice que lorsque le ballonnement, l'ascite et la diarrhée auront disparu.

2^o Aération.

Cette pratique est aussi indispensable que la clinothérapie, car, si cette dernière évite la déperdition des

forces, la première apporte à l'organisme une réserve toute nouvelle en oxygène. Elle prémunit également contre la généralisation de l'infection au poumon (loi de Louis). Il faudra éviter les atmosphères chargées de poussières et recommander les stations en pleine campagne, loin de l'air pollué des grandes villes, au bord de la mer ou à la montagne.

Au début, cette cure devra se faire avec de multiples ménagements, surtout chez l'enfant. Pour la première séance d'exposition à l'air, on choisira une saison convenable et une température élémentaire. L'accoutumance sans accidents viendra vite et à cette seule condition. C'est ainsi qu'on laissera, les premiers temps, le malade dans sa chambre avec les fenêtres grandes ouvertes, puis on le transportera dehors sous une véranda abritée des vents et de la pluie. Les séances pourront aller jusqu'à dix heures par jour.

Pendant la nuit, on assurera la ventilation et l'aération en laissant les fenêtres ouvertes, ce qui n'empêche pas de porter à une température suffisamment élevée l'atmosphère de la chambre. Cure d'air ne veut pas dire cure de froid.

La valeur de la cure d'air, reconnue depuis longtemps, est réelle dans la péritonite tuberculeuse, combinée aux méthodes que nous exposerons ultérieurement ; elle donne des résultats inappréciables : la fièvre disparaît, l'appétit revient et les digestions se régularisent.

3° Alimentation rationnelle.

Nous ne dirons qu'un mot de la suralimentation : il

est bien évident que, pour permettre à l'organisme de lutter plus efficacement contre l'infection bacillaire, il faut mettre à sa disposition des forces nouvelles.

On a tenté de calculer exactement les pertes du malade en azote, carbone et graisse et de les remplacer par une quantité équivalente d'aliments; le résultat ne fut guère satisfaisant. Les graisses doivent être la base de l'alimentation, mais il ne faut pas en gaver le malade sous peine de le voir atteint de troubles graves dans les fonctions intestinales.

Donnée d'une façon rationnelle, la graisse est l'aliment de choix des tuberculeux, car, non seulement elle fournit ses propres matériaux à l'organisme, mais elle ralentit encore la désassimilation des albuminoïdes.

L'alimentation demande à être surveillée dans la péritonite bacillaire où les troubles digestifs sont les symptômes du début : certains malades sont pyrétiques, anorexiques et il serait dangereux de les alimenter sans aucune précaution; il faut surtout espacer les repas et suivre les conseils de Grancher : « Je donne deux ou trois œufs à la coque, 100 grammes de pulpe de viande et un potage féculent et je prescris les œufs le matin, la pulpe à midi et le potage le soir au dîner. » Le lait est excellent mais n'est pas supporté par tous. On peut alors avoir recours à des préparations spéciales comme le petit lait, le koumys et le képhir.

Tels sont, sommairement décrits, les éléments du trépied hygiéno-diététique qui forme la base de tout traitement antituberculeux, en particulier de la péritonite tuberculeuse.

CHAPITRE IV

L'HÉLIOTHÉRAPIE

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

1° Des conditions qui favorisent son emploi.

On appelle héliothérapie l'utilisation méthodique de la radiation solaire dans un but thérapeutique. C'est une méthode récente et toute française. Pourtant, elle apparaît à travers le halo des légendes, les motifs des bas-reliefs et les inscriptions des tombeaux qu'on exhume comme aussi vieille que le monde. Chez tous les peuples primitifs, le culte du Soleil fut universellement répandu et il n'est pas une religion qui ait échappé à son influence. Il est intéressant de constater que partout des rapports intimes unissent le Soleil et les dieux qui le représentent au pouvoir de guérir. Apollon, par exemple, dieu du soleil par excellence, est un guérisseur de premier ordre.

On faisait déjà de l'insolation chez les anciens : on exposait les malades aux rayons bienfaisants du soleil ; c'est ainsi que, dans l'Abaton du temple d'Epidaure, une longue galerie orientée au midi était adjointe au dortoir ; les malades y faisaient leur cure

comme dans les sanatoria actuels. Un passage d'Hérodote précise encore l'importance de la cure solaire dans l'antiquité.

« L'exposition au soleil est éminemment nécessaire aux gens qui ont besoin de se restaurer et de prendre de la chair; autant que possible, on s'arrangera de telle sorte qu'en hiver, au printemps et en automne, le soleil vienne frapper directement les malades; en été, il faut rejeter cette pratique pour les gens faibles à cause de l'excès de chaleur. C'est surtout le dos qu'il faut exposer au soleil, car les nerfs qui obéissent à la volonté se trouvent principalement dans cette région et si ces nerfs sont tenus dans un état de douce chaleur, cela rend le corps en entier plus sain. »

L'héliothérapie avait donc acquis droit de cité dans les prescriptions des médecins antiques : elle était recommandée par Hippocrate et pénétrait en Italie où les solaria témoignent de son passage.

Mais les Grecs et les Romains qui exposaient leur corps au soleil ne faisaient pas de la cure solaire systématique.

De même, les empiriques allemands ne recherchaient dans le bain de soleil que les sensations de bien-être qu'il procure.

En France, pour la première fois, l'héliothérapie est présentée comme une méthode avec le mémoire de Faure en 1777, à l'Académie royale de Chirurgie, sur le traitement par l'insolation des plaies et ulcères. En 1799, Bertrand traite de l'influence de la lumière sur les êtres organisés; en 1815, Cauvin célèbre les bienfaits de l'insolation. Des mémoires sont publiés

par Cachaise et Hauterive, de Paris (1820 et 1828), par Bonnet, de Lyon (1840), par Cloquet (1856). En 1894, Frisen essaye le pouvoir curateur du soleil dans le traitement du loup.

Il faut arriver aux travaux du professeur Poncet pour voir l'héliothérapie prendre rang dans l'arsenal thérapeutique des affections chirurgicales (thèses d'Orticoni et de Milloz).

Le méthode se généralise sous l'impulsion de Revillet, Malgat, Vidal. Les Suisses et les Allemands appliquent chez eux la méthode à la faveur de la riche insolation des hautes altitudes. On voit apparaître les travaux remarquables de Bernardt, de Rollier (de Leysin). M. Jaubert, d'Hyères, a pu exploiter cette méthode sur le très vaste champ d'expérience que lui offre l'hôpital Renée-Sabran, comptant près de 400 lits. Le professeur Poncet, en 1912, revendiquant ses droits de priorité, précisait à nouveau les indications de l'héliothérapie à l'Académie de Médecine.

Cette méthode est donc éminemment française. Nous pourrions ajouter qu'elle est lyonnaise au premier chef.

Les indications de cette pratique sont multiples ; les affections tuberculeuses en relèvent, en premier lieu et en particulier la péritonite, car cette méthode apparaît extrêmement conservatrice et arrive à rendre très rares les interventions chirurgicales. On comprend donc l'importance qu'il y a pour le médecin à savoir utiliser méthodiquement les radiations solaires.

C'est ainsi que l'importance des façades et des

salles d'hôpital est décuplée par l'entrée dans la thérapeutique habituelle de l'héliothérapie. La galerie de cure solaire deviendra, dans les services hospitaliers de demain, une nécessité aussi capitale que le laboratoire et la salle de radiographie. Il faut donc connaître les conditions qui favorisent la pratique de cette cure. Ces conditions dépendent de l'orientation, des saisons, de l'état de l'atmosphère, de la situation des lieux. L'orientation au sud-est est la meilleure car elle permet des séances matinales. D'un autre côté, le printemps et l'été sont certainement des saisons de prédilection, parce qu'elles donnent une insolation prolongée et que la couche d'air traversée par la radiation solaire pour arriver au sol est plus petite. Reymond a démontré, aussi, qu'en juillet, les radiations ultraviolettes étaient quatre fois plus abondantes qu'en décembre, et nous verrons que ce sont ces radiations qui jouent le rôle le plus important. La limpidité de l'air, un état hygrométrique modéré et une ventilation moyenne sont des facteurs très favorables.

Ces conditions multiples conduisent logiquement à la recherche géographique et topographique des régions et des points dans lesquels elles se trouvent le plus souvent réunies. Cela ne veut pas dire que l'héliothérapie ne soit possible que dans certains pays. Poncet et Leriche ont montré le contraire dans une récente communication à l'Académie de Médecine : « Un de nos plus surprenants résultats a été paradoxalement obtenu au cinquième étage d'une maison située en plein centre de Lyon et ne recevant le soleil que dans l'après-midi. »

Les observations de Weill et Mouriquand à la Charité de Lyon viennent aussi à l'appui de cette manière de voir.

Toutefois, il est incontestable que les conditions optima de l'héliothérapie se trouvent réunies sous deux types de climat : le climat d'altitude et celui de la Méditerranée ; le premier, à cause de l'absence de poussières, de la transparence de l'air, de la ventilation moyenne et de la réflexion des radiations lumineuses sur les neiges hivernales ; à la mer, la limpidité de l'air, la ventilation de la brise marine.

Nous avons ainsi montré que les conditions qui favorisent l'héliothérapie étaient en rapport avec l'orientation, les saisons, l'état de l'atmosphère, la situation géographique. Le médecin devait les connaître pour guider son malade et le conseiller utilement.

2° Mode d'action thérapeutique des radiations solaires.

Par quel processus intime les radiations solaires arrivent-elles à influencer favorablement les lésions tuberculeuses ?

Sachons, tout d'abord, que toutes les parties du spectre ne possèdent pas à un degré égal des propriétés curatives. Ce sont les ondes violettes et ultraviolettes qui présentent le maximum d'intérêt pour le sujet qui nous occupe. Elles ont des propriétés biologiques mises déjà en évidence par Spallanzani en 1700. Down et Blunt reprirent ces expériences. Les recherches d'Arloing et Duclaux furent plus précises : ces auteurs observèrent que la lumière fait baisser à

un tel point la virulence du *Bacillus anthracis*, qu'au bout de vingt heures la culture peut servir de vaccin. Les expériences de Malgat, en 1903, à Nice, sont extrêmement intéressantes. Cet auteur est arrivé à impressionner, à travers le thorax d'un sujet exposé au soleil, une plaque photographique ; il a pu même mesurer la quantité de rayons chimiques à l'entrée et à la sortie du corps. Malgat constata aussi la disparition progressive des bacilles dans les crachats. Les radiations pénètrent donc les tissus en détruisant les bacilles de Koch.

La lumière solaire est microbicide, oxydante, réductrice, analgésiante, sclérogène. Elle provoque une dermatite, qui fait place ensuite à une pigmentation abondante avec sudation, qui favorise l'élimination des toxines par la surface cutanée.

L'urine des insolés devient plus riche en produits éliminés, surtout en urée et acide urique. Ce résultat est sous la dépendance de l'élévation de température produite par l'insolation et du coup de fouet donné à la circulation.

Donc, le soleil exerce une action destructive nette sur les bacilles de Koch, mais il arrête surtout leur développement par les modifications du milieu sur lequel ces bacilles doivent prospérer.

3° Technique de l'insolation dans les péritonites tuberculeuses.

Pour avoir toute son efficacité, le bain de soleil doit être complet et prolongé ; on exposera toutes les parties du corps pendant trois ou quatre heures en

moyenne. On arrivera à cette pratique par une prudente progression du bain en durée et en surface. Voici comment on procède à Hyères : pendant trois jours, le malade n'est soumis à aucun traitement ; puis il subit, le premier jour de cure, trois séances d'insolation sur les pieds et le bas des jambes ; on augmente ensuite progressivement. Si un érythème se produit, on interrompt le traitement pendant trois jours. Cette période dure une quinzaine de jours en moyenne. Une fois terminée, le malade sera laissé plusieurs heures au soleil, le corps entièrement découvert, sauf la tête, qui sera protégée par un cerceau recouvert de toile blanche. On protégera aussi le thorax des malades ayant des lésions pulmonaires. On choisira pour les bains une température optima entre 30 et 40 degrés au soleil, de préférence le matin, et l'on pourra faire jusqu'à six heures d'exposition par jour ; ce laps de temps n'est pas dangereux par sa longueur, car une fois la pigmentation produite, on peut exposer impunément le corps au soleil.

Il faudra surveiller certains malades. La fièvre trop élevée est une contre-indication ; le fonctionnement du cœur règle également la tolérance de l'organisme au bain de soleil. Les lésions pulmonaires peu avancées ne sont pas contre-indiquées quand elles sont associées à des péritonites bacillaires.

Après le bain, des prescriptions s'imposent : il faut essayer soigneusement le malade, car, en général, la sudation est abondante. On le fera boire et on lui donnera quelques œufs.

4. Avantages et résultats de la cure solaire.

Nous allons exposer rapidement les faits cliniques que nous avons constatés, les observations que nous avons recueillies dans divers services hospitaliers de Lyon. Quelques-unes, parmi les plus typiques, nous ont été obligeamment communiquées par le Dr Jaubert, qui a allié souvent, pour le plus grand bien des malades péritonéaux, la cure marine à la cure solaire, à l'Institut hélio-marin d'Hyères.

Nous dégagerons ensuite de ces observations les enseignements qu'elles comportent.

OBSERVATION I

(Service de M. Weill, Charité de Lyon. — Recueillie dans
Lyon Médical, 1911).

Péritonite tuberculeuse avec ascite. — Héliothérapie.

Fillette, deux ans et demi, salle Saint-Ferdinand, le 20 juillet 1909. Depuis l'âge de treize mois, date du sevrage, son ventre a toujours été volumineux, depuis il a continué à grossir; le 20 juillet 1909, ventre énorme, débordant la ligne des flancs, saillie de l'ombilic, circulation veineuse collatérale, flot abdominal et lombo-abdominal, on ne sent ni le foie ni la rate; pas de tumeur abdominale, pas de troubles de la circulation générale, rien au cœur, pas d'œdème des membres inférieurs.

Température normale, état général excellent, pas de troubles fonctionnels.

Le séro-diagnostic tuberculeux est positif à 1 pour 15, pas d'agglutination. Le 8 septembre 1909, la circonférence

abdominale est de 67 centimètres. Une paracentèse, faite le 13 septembre, permet de retirer 3 litres de liquide.

Le culot ne révèle pas de bacille de Koch, rares polynucléaires, grosses cellules endothéliales.

Après l'évacuation de l'abdomen, on ne sent ni tumeur, ni gâteau, ni hypertrophie splénique, le liquide se reproduit peu à peu mais n'atteint pas son volume antérieur. A la date du 7 mars 1910, circonférence : 57 centimètres.

Une seconde ponction, le 10 août 1910, détermine l'évacuation de 2 litres de liquide. En novembre 1910, le liquide se reproduit.

24 janvier. — Circonférence : 62 centimètres. A ce moment, l'enfant est atteinte d'affections diverses, angine, coqueluche, oreillons, qui évoluent régulièrement sans influencer l'abdomen.

5 juillet. — On fait l'insolation directe ; pendant vingt jours, les séances sont de deux heures, pendant quarante-cinq jours, de trois heures. Pendant les premiers mois, le périmètre est plutôt légèrement augmenté, à la soixantième séance, l'ascite est abondante avec pigmentation forte. Ensuite, en quelques jours, l'ascite s'est fondue quoique rebelle à tous les autres traitements. Le 10 septembre, périmètre : 63 centimètres.

22 septembre. — 59 centimètres, la diurèse est abondante.

26 septembre. — Plus d'ascite, qui ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION II

(Service de M. Weill, Charité de Lyon. — Recueillie dans
Lyon Médical, 1911).

Péritonite tuberculeuse fibreuse. — Héliothérapie.

Fille de douze ans, B... Lucienne, entrée à la salle Saint-Ferdinand, le 30 juin 1911.

Pas de maladies jusqu'à onze ans, depuis elle pâlit, se plaint de la tête, douleurs abdominales vives, selles diarrhéiques.

Incontinence rare au début qui se renouvelle ensuite tous les jours. Pas de signes de mal de Pott, pas d'anesthésie périnéale ni crurale.

La palpation révèle à gauche, dans la moitié inférieure, un plastron dur, à surface bombée, haut de 8 centimètres, se prolongeant en arrière, la pression est à peine sensible et à droite on sent quelques petits noyaux profonds.

Pas d'ascite, de gros ganglions cervicaux sont perceptibles à gauche, signes d'ancienne pleurésie gauche, rétraction, hémithorax. Obscurité respiratoire. La radioscopie montre une ombre nette à la base gauche avec élargissement de l'ombre médiastinale.

Léger disque d'albumine.

La température est normale habituellement, sauf de légères poussées autour de 38 degrés.

Les différents traitements : bismuth, tannigène, acide lactique, ont échoué.

Du 20 juillet au 9 août, on expose l'abdomen au soleil, d'abord deux heures, puis trois heures, en tout vingt séances sont pratiquées.

Dès la neuvième séance, la diarrhée a disparu, plus d'incontinence des matières. Deux selles diarrhéiques par jour.

Dès la sixième séance, les coliques avaient disparu.

A la dixième séance, les masses perçues dans l'abdomen ne se sentent plus. Le ventre est souple. L'appétit et l'état général deviennent meilleurs. La rate est normale, le foie déborde de trois travers de doigt.

Mêmes signes du côté des poumons et des ganglions cervicaux.

7 août. — Toute diarrhée a disparu, l'abdomen reste légèrement pigmenté.

Il s'agit évidemment ici d'une tuberculose mésentérique.

térique, ou péritonite limitée, avec diarrhée, incontinence, coliques fréquentes, tuberculose pleurale et ganglionnaire. En seize séances d'héliothérapie, les indurations perçues dans l'abdomen ont disparu ; la diarrhée en dix-huit séances, alors que les coliques avaient cessé totalement dès la dixième séance. Il existait ici certainement des lésions ulcéreuses de l'intestin et l'héliothérapie a tout fait disparaître.

L'héliothérapie agit donc plus rapidement sur des lésions inflammatoires à évolution aiguë que sur des lésions torpides comme celles de l'ascite essentielle ; il a fallu soixante séances pour la forme ascitique (obs. I) et dix-huit seulement pour celle-ci.

En tout cas, la lumière agit rapidement sur les exsudats péritonéaux.

OBSERVATION III

(M. le Dr Chatin, Charité de Lyon)

Tuberculose pleuro-péritonéale. — Amélioration par héliothérapie.

Enfant, douze ans et demi, Sainte-Aline, 5 mars 1911.

Entre avec tous les signes d'une ascite volumineuse accompagnée de pleurésie droite, température au-dessus de 39 degrés, état général faible. On pratique des séances d'héliothérapie.

27 mai. — L'enfant va mieux.

5 juin. — L'enfant s'est affaiblie, état local stationnaire, on continue les séances d'héliothérapie.

16 juin. — La courbe thermique est modifiée, l'enfant est apyrétique, plus de douleurs dans l'abdomen.

14 juillet. — Amélioration notable, l'enfant a gagné 2 kilogrammes.

2 septembre. — L'ascite et l'épanchement pleural se résorbent.

30 octobre. — Amélioration constante, état général bon.

OBSERVATION IV

(Thèse Armand, Lyon, 1911).

*Tuberculose pleuro-péritonéale avec ascite.
Héliothérapie. — Amélioration.*

Adulte, dix-huit ans, antécédents bacillaires.

Entre à l'hôpital le 20 février 1911.

Le malade a un mauvais état général, ascite très nette, pleurésie avec matité au-dessus de la pointe de l'omoplate.

15 mars. — Etat stationnaire.

1^{er} avril. — On pratique l'héliothérapie à une altitude de 1.300 mètres.

30 avril. — Pigmentation généralisée, l'appétit reparaît, plus d'ascite.

15 août. — Guérison complète.

22 octobre. — Le jeune homme a repris son travail.

OBSERVATION V

(Thèse Armand, Lyon, 1911).

*Péritonite bacillaire fibro-caséuse. — Amélioration
par l'héliothérapie.*

Homme, trente ans, opéré en juin 1910.

1^{er} juillet 1911. — Le malade se trouve chez lui à

800 mètres d'altitude, sa fistule abdominale donne issue à du pus. Son état général est peu satisfaisant. Il commence à faire de l'insolation.

25 octobre. — Le malade est amélioré, la fistule est pesquetarie.

OBSERVATION VI

(MM. Bérard et Rouot, *Lyon Médical*, 1912).

Péritonite bacillaire améliorée par l'héliothérapie.

X..., âgée de vingt-six ans, entre le 2 décembre 1912. Son ventre a augmenté de volume, elle maigrit et présente des troubles gastro-intestinaux, pas d'antécédents bacillaires.

En juin 1909, la malade a une poussée de rhumatisme polyarticulaire, son ventre augmente de volume, amaigrissement, diarrhée; elle entre à l'hôpital d'Annecy, en décembre 1910, avec des signes nets de tuberculose péritonéale.

Toute la thérapeutique habituelle mise en œuvre reste inutile, l'état de la malade va en s'aggravant.

On essaye alors l'héliothérapie, séances de 1 heure à 4 heures de l'après-midi en plein soleil.

Au bout de peu de jours, la diarrhée s'arrête, la température revient à la normale, l'appétit est meilleur, la douleur disparaît et le ventre diminue de volume. Au bout d'un mois, la malade commence à pouvoir se livrer chez elle à quelques travaux.

En octobre, on ne peut plus continuer les séances d'insolation. L'état de la malade s'aggrave et ultérieurement on doit intervenir.

Ce qu'il faut noter ici, c'est l'amélioration notable de l'état de la malade après quelques séances d'héliothérapie.

OBSERVATION VII

(Dr Chatin, Charité de Lyon).

Ascite tuberculeuse. — Hélio-thérapie.

Enfant, neuf ans. Entre à Sainte-Aline, le 15 décembre 1910.

Le début remonte à un mois, par de l'augmentation de volume du ventre. Température à l'entrée, ascite considérable, circulation collatérale marquée, périmètre abdominal: 69 centimètres, rien aux poumons ni au cœur.

20 décembre. — Quelques signes pulmonaires apparaissent.

4 janvier. — L'ascite a augmenté, périmètre : 70 centimètres.

9 janvier. — On fait du sérum de Marmorek (5 centimètres cubes), l'abdomen est moins tendu : 65 centimètres.

7 juin. — On fait des séances d'hélio-thérapie de 1 à 2 heures (poids 23 kilogrammes) qui améliorent l'état du malade, augmentent son poids, font baisser sa fièvre.

24 juin. — L'ascite a disparu, périmètre : 60 centimètres.

En octobre, la guérison se maintient parfaite.

OBSERVATION VIII

(Due à M. le Dr Jaubert, Institut hélio-marin d'Hyères).

G..., vingt ans, déjà traitée à Lyon, dans le service de M. Pic, péritonite tuberculeuse ancienne, d'abord généralisée, puis très améliorée par hygiéno-diététique. Air chaud, hélio-thérapie ; depuis quelque temps, arrêt d'amélioration ; ensuite, état général médiocre, température : 38°2, 38°5. L'abdomen manque de souplesse, masse péritonéale, volu-

mineuse, juxta-ombilicale gauche. Trois heures d'héliothérapie par jour combinées avec bains de mer chauds ; repos, hygiène, alimentation. Chute de température en huit jours, disparition de la masse en deux mois, à peu près complète. Le malade a pris, en tout, quarante-sept bains de soleil.

OBSERVATION IX

(Jaubert, Hyères.)

R..., trente-cinq ans. Température depuis plusieurs mois. Amaigrissement de 7 kilogrammes en un mois et demi. Etat général médiocre, vomissements et diarrhée, grosse masse sous-hépatique et sous-épigastrique, améliorée par l'hygiéno-diététique, mais la malade a de la température, de l'amaigrissement et le gâteau péritonéal. Insolation à l'entrée, chute de température. En trois mois l'état général est devenu bon, poids normal. La masse péritonéale est presque disparue et réduite à l'état de noyau induré, après soixante-trois bains de soleil en tout.

OBSERVATION X

(Jaubert, Hyères.)

L. J... treize ans. A eu en octobre 1911 une crise appendiculaire ayant laissé un plastron et un peu d'ascite avec mauvais état général, sans température, insolation en novembre 1911. A la fin du mois diminution du plastron, ascite toujours manifeste. Le 15 février, excellent état général ; le malade a pris 4 kilogrammes. Plus d'ascite ni de gâteaux. Ce résultat est obtenu après soixante-quinze bains de soleil et trente bains de mer.

OBSERVATION XI

(Jaubert, Hyères).

V. A..., seize ans. Etat général précaire. Adénites cervicales et grosses masses péritonéales sous-hépatiques et iliaque gauche avec ascite et diarrhée. Insolation dès l'arrivée. En un mois, les ganglions cervicaux disparaissent, mais l'état général ne se modifie pas, ni le poids, ni les signes abdominaux. En trois mois, le malade prend 7 kilogrammes. Ventre souple. Plus d'ascite, ni gâteaux, on sent quelques nodules fibreux. Cinquante-trois séances d'héliothérapie, pour arriver à ce résultat.

OBSERVATION XII

(Jaubert, Hyères).

B. L..., treize ans. Crises douloureuses abdominales anciennes de péritonite bacillaire. Ventre souple dans l'ensemble et submatité dans l'hypocondre droit, sans gâteaux véritables. Poids: 32 kg 400. Au bout de trois mois (vingt-cinq séances), poids : 34 kilogrammes. Ventre parfaitement souple et sonore. On a combiné les bains de mer avec les bains de soleil (quarante-deux séances).

OBSERVATION XIII

(Jaubert, Hyères).

R. C..., douze ans. Abdomen volumineux avec zones mates et gâteaux. Rate un peu grosse. Température à 38 degrés, 38°5. Signes de rétrécissement mitral. Poids : 36 kilogrammes. La température tombe après un mois. Après trois mois, le ventre est souple, sans gâteaux, mais un peu de matité y persiste. Au bout de six mois, le ventre est normal, l'état

général excellent. Poids : 39 kg. 600. Quarante séances d'héliothérapie.

OBSERVATION XIV

(Jaubert, Hyères).

T. M..., sept ans. Entre le 11 février 1913 avec gros abdomen irrégulièrement sonore, sans ascite et avec ganglions inguinaux. Poids : 21 kilogrammes. Température : 38°5. Rétrécissement mitral. Soumise à l'insolation dès le début. Part en juin, après trente-cinq séances. Ventre souple. Plus de ganglions, plus de température. Poids : 23 kilogrammes.

OBSERVATION XV

(Jaubert, Hyères.)

F. C..., six ans. Entre en décembre 1912 avec abdomen volumineux, ballonné, matité dans les flancs, avec ascite, malgré laparotomie récente. Etat précaire. En deux mois d'insolation, peu d'amélioration locale, mais l'état général s'est relevé. Au bout de neuf mois de traitement suivi, l'enfant part complètement guéri avec un ventre tout à fait souple et un excellent état général.

Cent vingt-deux bains de soleil pour arriver à ce résultat.

OBSERVATION XVI

(Jaubert, Hyères).

R. J..., dix ans. Entre le 10 décembre 1911. Crises douloureuses abdominales depuis trois ans. Ventre ballonné. Périmètre : 60 centimètres. Vomissements. Réseau veineux collatéral. Ascite. Gâteau sous-ombilical se prolongeant à droite. Bains de mer chauds. En cinq mois, excellent état général, ventre normal. Quatre-vingt-huit bains de mer.

OBSERVATION XVII

(Jaubert, Hyères).

A. L..., douze ans. Température entre 38 degrés et 38°5. Masse péritonéale gauche. Quelques signes intestinaux. Un sommet suspect. Mauvais état général. Insolation prudente. Chute de la température au bout de peu de temps. L'appétit revient. Gâteau péritonéal plus souple. Gain de poids de 1 kilogramme. Le traitement continue.

OBSERVATION XVIII

(Jaubert, Hyères.)

L. C..., dix ans. Entre le 28 novembre 1911. A depuis un an des signes de péritonite tuberculeuse. Actuellement, aspect chétif. Vomissements faciles. Grande zone mate juxta-ombilicale gauche, indolore à la pression, manquant de souplesse au palper. Après vingt-trois séances d'héliothérapie, ventre souple, plus de vomissements. Gain de poids de 1 kilogramme et demi.

OBSERVATION XIX

(Jaubert, Hyères.)

C. A..., huit ans. Entre le 11 mai 1912. Abdomen ballonné avec zones irrégulières de matité sans gâteaux véritables, ni ascite. Après sept séances de soleil, exagération du ballonnement, température, diarrhée, poussée de bronchite généralisée. Cet état dure quinze jours, au bout desquels l'enfant est traité simplement par le repos. Part guéri au bout de trois mois sans aucun signe pulmonaire ou abdominal.

OBSERVATION XX

(Jaubert, Hyères).

D. B..., seize ans. Vient d'avoir un état abdominal subaigu avec ballonnement. Température. Diarrhée. Douleur, ayant cédé aux applications d'éther. Entre à l'établissement avec matité basse, sans ascite. Masse juxta-ombilicale sous-hépatique. Traitement mixte depuis deux mois. Masse très diminuée. Matité persiste. Gain de poids de 1 kilogramme.

OBSERVATION XXI

(Jaubert, Hyères.)

S. D..., vingt-sept ans. Vient d'être opéré d'une appendicite torpide qui a permis de trouver des granulations sur le péritoine avec ascite. Héliothérapie, après l'intervention. Amélioration de l'état général. Ventre souple et indolore après un mois de traitement.

OBSERVATION XXII

(Jaubert, Hyères.)

M. L..., sept ans. Arrive à l'hôpital avec un ventre ballonné. Matité dans les flancs. Etat général médiocre. Température. Vomissements. Alternatives de diarrhée et de constipation. Insolation dès l'entrée. Les signes fonctionnels cessent vite. Le ventre est normal au trentième bain. Augmentation de poids : 600 grammes. Trente-neuf bains de soleil.

OBSERVATION XXIII

(Service de M. Pic, n° 3305).

T... Claudine, cinquante et un ans. Péritonite bacillaire ascitique. La malade entre en mai 1912, très abattue, le ventre augmenté énormément de volume. Température. Etat général affaibli. A l'entrée, l'abdomen est dilaté, avec circulation collatérale. Matité dans les deux flancs, se déplaçant avec les mouvements de la malade. Flot abdominal. La température décrit de grandes oscillations.

A partir du 15 juin, on pratique des séances d'héliothérapie. Sous cette influence, l'ascite rétrocede. La malade commence à s'alimenter.

25 juillet. — L'état général et l'état local sont considérablement améliorés. Le poids de la malade a augmenté ; elle a de l'appétit, digère bien. La température est autour de 37°5. L'ascite a disparu. Le ventre est souple. Pas de masse perceptible. Les fonctions digestives se font régulièrement. La malade demande son exeat. Cinq séances d'héliothérapie.

En parcourant ces observations, on est frappé de certains faits : c'est, en premier lieu, l'action résolutive remarquable du soleil sur les masses péritonéales tuberculeuses qui est nettement plus marquée que l'action sur les épanchements ascitiques de même nature.

Ainsi, dans les observations II, VIII, IX, X, XI, l'évolution se fait selon un processus analogue à la fonte des ganglions tuberculeux : d'abord assouplissement du gâteau péritonéal, puis transformation en nodules fibreux. L'influence de l'insolation sur la

diarrhée, les vomissements et la température est remarquable, mais ce résultat n'est obtenu qu'avec un traitement très long ; certains malades n'ont été améliorés qu'après une centaine de séances.

Nous reconnaissons qu'il y a des cas où l'insolation donne des résultats médiocres et où l'hygiéno-diététique, que nous avons exposé dans un chapitre précédent, fait tout. Une chose qu'il est bon de noter, c'est que l'association des bains de mer aux bains de soleil est excellente ; dans ce cas, cependant, le bain de mer apparaît plutôt comme l'agent thérapeutique de la convalescence et des formes bénignes.

CHAPITRE V

PHOTOTHÉRAPIE

Nous rapprochons cette méthode de la précédente, car elle n'est, en somme, qu'une sorte d'héliothérapie artificielle qui utilise les radiations lumineuses électriques au lieu d'utiliser les radiations solaires.

Déjà, en 1910, M. le Dr Miramont de la Roquette, au Congrès de Physiothérapie, à Paris, a montré que le chauffage lumineux de l'abdomen, dans le cas de péritonite bacillaire, par ses radiations pénétrant la séreuse et les tuniques de l'intestin, avait des effets excellents.

Cette méthode est couramment usitée à Lyon dans le service de M. Pic, à l'Hôtel-Dieu.

Nous reproduisons ci-après deux des observations les plus typiques.

L'hyperhémie provoquée par les radiations lumineuses a comme conséquence une élimination rapide des toxines et peut-être même une destruction directe des bacilles de Koch, c'est ce qui explique les bons résultats obtenus :

OBSERVATION XXIV

(Service de M. Pic, n° 3405).

R... Eugénie, trente-quatre ans. Entre le 30 mai 1912, salle Chavanne. Bacillose péritonéale. Entre pour hémoptysie. A l'entrée, signes de bacilliose pulmonaire nets. A l'abdomen, douleurs dans la région sous-ombilicale et surtout dans la région appendiculaire, où l'on sent une masse un peu dure au-dessus de l'épine iliaque.

5 juin. — La malade a des douleurs dans tout l'abdomen avec vomissements.

On ne sent plus de masse au niveau de l'appendice.

Intervention le 25 juin. On tombe sur une péritonite granuleuse avec gâteaux fibro-caséux et adhérences que l'on rompt.

Après l'intervention, la malade a des douleurs paroxysmiques de l'abdomen localisées à droite. La région est également douloureuse à la pression. Température : 38 degrés.

L'héliothérapie est essayée comme traitement palliatif, au moyen de l'appareil Miramont de la Roquette. Ces douleurs sont presque supprimées et l'état local singulièrement amélioré.

OBSERVATION XXV

(Service de M. Pic, Hôtel-Dieu de Lyon.)

Bacilliose pleuro-péritonéale. — Photothérapie.

M..., âgé de trente-cinq ans, ajusteur, entre salle Sainte-Marguerite le 12 février 1913.

Pas d'antécédents. Tousse depuis le 1^{er} décembre 1912, ressent depuis quelque temps des douleurs abdominales dans le côté droit, a de la diarrhée, du sang dans les selles. Amaigrissement. Fièvre le soir.

A l'entrée le malade a le teint jaunâtre, la langue saburrale, le ventre est distendu, étalé, matité un peu mobile dans les flancs. Météorisme avec ascite peu abondante.

26 février. — L'état général du malade s'améliore progressivement, le ventre est moins tendu et moins douloureux, grâce aux sept séances d'héliothérapie locale artificielle pratiquées avec l'appareil Miramont de la Roquette. Ces séances, commencées le 12 février, ont lieu tous les deux jours.

1^{er} mars. — L'ascite semble avoir disparu; il y a, en tout cas, rétrocession de l'épanchement. Il ne persiste de la matité que sur un ou deux travers de doigts. La diarrhée a disparu.

On continue régulièrement les séances d'héliothérapie artificielle.

14 mars. — Il n'y a plus de signes d'épanchement, les quelques signes pulmonaires persistent. L'état général est satisfaisant. Le malade sort le 15 mars pour aller chez lui, à la campagne.

CHAPITRE VI

LES PRÉPARATIONS IODÉES DANS LE TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Il y a longtemps que l'iode, sous forme de diverses préparations, est utilisé comme traitement interne de la péritonite tuberculeuse.

Actuellement encore on emploie couramment le sirop iodo-tannique, les peptones iodées, l'huile de foie de morue comme adjuvants de thérapeutiques plus actives.

Mais on emploie aussi l'iode en traitement local, surtout depuis que l'on connaît ses effets dans les tuberculoses localisées, articulaires par exemple, et l'on peut considérer que la tuberculose péritonéale est localisée. Duranti, auteur italien, avait déjà, en 1895, préconisé l'injection hypodermique de solutions iodo-iodurées et avait obtenu ainsi des guérisons dans des formes graves.

Il faisait pendant plusieurs semaines, avec des intervalles de quelques jours, des injections journalières de 1/4 à 1 centimètre cube de la solution suivante rendue indolore par le gaïacol :

Iode pur	0 gr. 25
Iodure de potassium	2 gr. 50
Gaiacol	1 gr. 25
Glycérine neutre	25 gr.

Silvestri, dans *il Policlinico* du 3 janvier 1903, aurait obtenu dans un cas de péritonite grave avec ascite la guérison après cinquante injections sous-cutanées de cette préparation.

La révulsion iodée simple a, elle aussi, été préconisée depuis longtemps : Marfan conseille d'appliquer sur l'abdomen une couche de teinture d'iode et, par dessus celle-ci, une couche de collodion qui immobiliserait la paroi, et accroîtrait les effets de la révulsion iodée. Nous verrons que la pommade iodo-iodurée produit des effets plus satisfaisants.

Une méthode très en vogue en Italie, expérimentée à Lyon dans le service de M. Pic et qui a des effets curateurs sinon certains, mais qui améliore du moins certains symptômes, a été inaugurée il y a quelques années par Grecco, de Gênes, et consiste à injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané un sérum iodé de composition spéciale :

Solution de sérum physiologique . .	200 gr.
— iode métallique.	20 gr.
— iodure de potassium	20 gr.

Ce sérum, comme on le voit, est constitué par de l'iode pur avec, comme excipient, du sérum physiologique à 7 gr. 50 de sel marin par litre.

Ce sérum, qui a une action très rapide sur l'élimi-

nation chlorurée, est injecté tous les deux jours à la dose de 0 gr. 20 d'iode pur, c'est-à-dire 1 à 2 centimètres cubes de la solution de sérum. Nous publions plus loin les observations de malades traités par cette méthode.

Grecco a soumis à ce traitement, pendant deux mois et sans interruption, trois fillettes atteintes de péritonite tuberculeuse avec ascite, alors qu'une autre petite malade était traitée par des injections sous-cutanées d'une préparation iodée sans sérum artificiel.

Chez cette dernière patiente, malgré l'amélioration de l'état général, l'ascite continua de faire des progrès et l'élimination chlorurée ne dépassa jamais 7 grammes par vingt-quatre heures.

Au contraire, chez les trois enfants soumises aux injections de sérum iodé, le volume de l'abdomen diminua rapidement et l'ascite disparut presque complètement, en même temps qu'il se produisait une polyurie notable et une élimination de chlorures allant jusqu'à 15 grammes par jour.

A l'Hôtel-Dieu, M. Bonnamour partant du même principe du traitement de la péritonite bacillaire par l'iode et voulant éviter les douleurs que provoquent quelquefois les injections de sérum iodé, a eu l'idée d'employer une pommade iodée, ayant la formule suivante :

Iode	2 gr.
Iodure de potassium	2 gr.
Vaseline	30 gr.

Il n'a pu le faire que dans un seul cas de péritonite

bacillaire peu avancée il est vrai, mais avec des résultats vraiment remarquables en peu de temps : disparition des symptômes douleurs et fièvre, rétrocession de l'épanchement. Nous publions l'observation du malade dont l'état s'est singulièrement amendé par l'emploi de cette pommade.

OBSERVATION XXVI

(Service de M. le D^r Pic, n^o 3649.)

Bacillose pleuro-péritonéale traitée par le sérum iodé.

G..., femme D..., trente-sept ans, ménagère, entrée le 15 janvier 1913 dans le service Poncet, sortie le 22 mai.

La malade arrive du service de M. Poncet pour ascite et pleurésie double, pas d'antécédents bacillaires sauf des adénopathies cervicales.

En août 1912 : douleur dans le côté droit, la malade maigrit, a de la fièvre le soir ; en décembre, arrêt des menstrues ; en janvier le ventre augmente de volume. La malade entre le 15 janvier dans le service Poncet où on lui fait le surchauffage électrique ; un mois après elle vient salle Chavanne (service de M. Pic).

La malade est fébrile et abattue avec des signes pulmonaires et un épanchement pleural ; l'abdomen est tendu par une ascite peu abondante dont la limite supérieure ne se modifie point selon les changements de position de la malade. On fait des lavements créosotés qui ne donnent pas de résultats, la température reste élevée.

Le 6 mars l'ascite est stationnaire. Le 20 mars le ventre mesure 92 centimètres. On commence alors les injections de sérum iodé (1 centimètre cube). Cette injection est douloureuse, la malade n'a pas dormi. Température : 39 degrés.

D'autres injections de sérum iodé sont pratiquées le 21,

le 26, le 27 et le 31 mars, le 2, le 4, le 10 et le 18 avril. On note une amélioration notable de l'état de la malade, la diurèse est suffisante (2 litres et demi), la température a baissé depuis quatre ou cinq jours, le ventre est plus souple, le périmètre abdominal a diminué et n'est plus que de 85 centimètres, l'ascite régresse.

30 avril. — La température est à 38 degrés. L'ascite est nette encore, mais cependant peu abondante. On fait le chauffage Miramont de la Roquette qui abaisse la température. Il est fait une ponction le 10 mai qui permet d'évacuer 550 grammes de liquide.

22 mai. — La malade quitte le service, son état général est bon.

Ce qu'il faut noter ici c'est que l'emploi du sérum iodé a amené assez vite la rétrocession de l'épanchement, le rétablissement de la diurèse, due à l'action de l'iode sur l'élimination chlorurée, et l'amélioration de l'état général.

OBSERVATION XXVII

(Service de M. Pic, n^o 2918.)

Péritonite bacillaire à forme ascitique.

I. A..., âgé de dix-huit ans. Jeune égyptien qui entre le 1^{er} mai 1911 à l'hôpital pour de la toux avec amaigrissement et ballonnement considérable de l'abdomen. A l'inspection on ne voit pas de dépliement de la cicatrice ombilicale, ni de circulation complémentaire.

Matité dans les flancs à la percussion. Flot lombo-abdominal. Périmètre : 84 centimètres.

L'appareil pulmonaire présente de la matité avec résistance au doigt au niveau du sommet gauche, submatité à la base.

A la fin du mois l'état général s'est plutôt aggravé, le ballonnement est grand et la tension douloureuse. L'inter-

vention est reconnue inopportune dans de telles conditions.

On fait au malade cinq injections de sérum iodé à deux jours d'intervalle. Les injections sont douloureuses et le malade les refuse dorénavant. Mais leur effet sur la résorption de l'ascite est net, le périmètre n'est plus que de 76 centimètres le 18 juillet. Les gâteaux fibro-caséux persistent, mais l'état général s'est amélioré, la diarrhée, l'anorexie ont disparu.

OBSERVATION XXVIII

(Service de M. le professeur Pic, n° 3715.)

Bacillose pleuro-péritonéale. — Traitement iodé (pommade).

B..., trente-deux ans, boulanger, entre le 9 août 1913 salle Sainte-Marguerite.

Pas d'antécédents bacillaires ; le malade a eu cependant, vers treize ans, des adénites sous-maxillaires qui ne suppurèrent pas. Réformé à vingt et un ans (bégaiement), pas très sobre, il boit 2 litres de vin. Il y a deux ans il s'enrhume, sa toux se prolonge, il n'a pas d'hémoptysie, il maigrit mais continue son travail.

Il y a sept mois il se met à enfler brusquement ; les jambes, puis l'abdomen qui se météorise, les urines sont normales. Le malade, qui est dans le service de M. Mollard, est mis au régime déchloruré. Il y reste trois mois. Après ce laps de temps, état bon. La diurèse est devenue abondante (6 litres). Retourné chez lui, tout va bien, pas de signes de brightisme. Sa toux persiste mais ne le gêne pas. Le 6 août il prit froid pendant son sommeil, eut des frissons et une douleur au flanc gauche qui le force à entrer à l'hôpital.

A son entrée il est bouffi, mais l'œdème vrai n'existe qu'au niveau de la jambe gauche. L'abdomen est météorisé, sonore partout, pas d'œdème de la paroi, circulation collatérale assez nette. La palpation qui est difficile

ne permet pas de révéler la présence des masses dans l'abdomen. La miction est aisée, le cœur normal. Au poumon on a une légère submatité. Température : 38°8.

18 août. — Le malade a une température irrégulière, le ventre est ballonné, il y a augmentation de volume de l'abdomen avec ascite nette, ventre tendu. Circonférence : 84 centimètres.

On fait suivre au malade un traitement iodé consistant en frictions sur l'abdomen avec la pommade suivante :

Iode	2 gr.
Iodure de potassium	2 gr.
Vaseline	30 gr.

Dès les premières applications, les douleurs abdominales ont disparu et ne sont plus revenues, la diurèse s'est élevée jusqu'à 3 l. 700, la température s'est abaissée, est descendue à 37°5, le volume de l'abdomen a considérablement diminué et la mensuration au niveau de l'ombilic ne donne que 74 centimètres. Le ventre est tendu encore, mais il n'y a plus de douleurs. L'appétit est revenu, le malade digère bien. Ses symptômes pulmonaires se sont amendés.

Le malade part à la campagne. Son état en novembre est toujours satisfaisant.

Les résultats obtenus par l'iode, soit en sérum, soit en pommade, sont satisfaisants : amendement des symptômes locaux, amélioration de l'état général.

Il est un autre emploi de l'iode dans le traitement des péritonites tuberculeuses qui mérite de retenir notre attention et qui nous arrêtera un instant. Dans les cas cliniques de tuberculose péritonéale, où les traitements médicaux restent impuissants et où la thérapeutique chirurgicale s'impose pour traiter le malade, l'emploi

de l'iode consécutivement à l'opération permettra de rendre plus rapide la guérison, de hâter le relèvement post opératoire du malade et de pallier ainsi en partie les dangers d'une intervention.

Ce fait a été mis surtout en évidence pendant ces dernières années en Allemagne, où l'on s'est beaucoup occupé de la question, où l'on a mis en application cette pratique et où les résultats obtenus n'ont pas été décevants, loin de là.

Les effets sont surprenants, et après le badigeonnage iodé consécutif à la laparotomie, on voit les opérés sur pied en quelques jours. Cela démontre bien le rôle thérapeutique de l'iode dans les lésions bacillaires du péritoine, qu'il influence favorablement par une sorte d'antisepsie et de stérilisation énergiques.

Nous empruntons au numéro du 6 mars 1913 de la *Münshener medizinische Wochenschrift* l'article suivant dû à la plume de M. A. Falkner¹:

« Traitement direct de la tuberculose péritonéale par les préparations iodées.

« L'an dernier, Arthur Hoffmann a publié dans cette même revue quatre cas de péritonite tuberculeuse qui parvinrent à guérir avec une surprenante rapidité grâce à un badigeonnage étendu du péritoine par la teinture d'iode à 10 pour 100.

« Peu de temps après, Tschmarke s'élève contre les attouchements exercés sur le péritoine, car il pen-

¹ La traduction de cet article est due à l'obligeance de notre ami le Dr Mélin; nous le remercions bien vivement ici.

sait que l'augmentation des adhérences péritonéales pouvait être liée à la dissémination provoquée par le badigeonnage et, par contre, Payr et Hoffmann emploient volontiers la teinture d'iode au cours d'opération sur l'intestin et portent de ce fait un pronostic plus favorable : les irritations péritonéales sont réduites au minimum. De même Fritsche n'a jamais vu d'action nocive ou toxique, il n'y a pas à craindre d'adhérences post opératoires.

« Suivent reproduites les observations de trois cas de tuberculose péritonéale qui, parallèlement, furent traités avec plein succès par la teinture d'iode sous des formes différentes : quoique la laparotomie montre que, par elle-même, elle donne de très bons résultats, Hoffmann sait cependant déjà la réduction surprenante de la durée de la guérison que l'on obtient par le badigeonnage à la teinture d'iode, et dans la mesure du possible grâce au choix d'une préparation iodée déterminée qui permet d'éviter le danger des adhérences :

« I. — Enfant de douze ans (n° 594).

« Depuis des semaines, douleurs dans le bas-ventre droit, soi-disant à la suite d'une séance de gymnastique. Tumeur de la région iléo-cœcale, ascite, légère toux, poumons libres d'apparence, fièvre hectique. Laparotomie. La tumeur se montre comme un réseau cylindrique. Appendice normal. Tubercules miliaires disséminés partout.

« Badigeonnage à la teinture d'iode. Suture de la plaie. Vingt jours après, exeat et renvoi à la maison, l'ascite a disparu, léger météorisme, plus de fièvre.

« A l'examen ultérieur (un an après) l'abdomen était absolument normal à la percussion et à la palpation, de

plus, un bien être irréprochable et un appétit très bon. On n'observe pas, durant ce laps de temps, de troubles qu'on pût rapporter à des adhérences.

« II. — Garçon de quinze ans (n° 231). Premier séjour à l'hôpital en été 1910 à cause du mal de Pott. Corset plâtré. Guérison. Deuxième traitement du 10 avril au 2 juin 1912. Douleurs dans l'abdomen. Fièvre intense jusqu'à 40 degrés. Tumeur dure très perceptible dans la région appendiculaire. Nodule dans le Douglas. Diminution des forces. La laparotomie s'impose, est faite et montre une péritonite caséeuse avec appendice totalement gangréné.

« En considération du mauvais état général on s'abstient d'une opération radicale et l'on verse sur la tumeur et autour, abondamment, environ 30 grammes de « Iodvasogen » à 6 pour 100 et l'on referme. Renvoyé guéri au bout de trois semaines, il se représente au début de 1913. Parfait état de nutrition, augmentation de 15 kilogrammes. Rien d'anormal dans l'abdomen.

« III. — Jeune fille de douze ans (n° 658). Admise pour pleurésie tuberculeuse et ascite tuberculeuse. La pleurésie est ponctionnée à cause d'apparence de déplacement du cœur; l'abdomen ouvert par laparotomie, l'ascite libérée, on introduit aussitôt une bande de gaze hydrophile trempée dans la teinture d'iode et dans l'abdomen et mobilisée dans toutes les directions, ensuite elle est retirée. La malade est renvoyée en quinze jours sans signe d'ascite, avec ses forces et appétit augmentés.

« Ces trois cas, dont deux avec épanchement et un avec forme sèche, montrent d'une façon analogue aux cas d'Hoffmann une durée de guérison plus brève et jusqu'ici aucune nocivité. Dans les formes avec épan-

chement on employa la teinture, dans la forme sèche le vasogène d'iode.

« En dépit de la condamnation prononcée par Rooshing contre la teinture d'iode, il est plus logique d'admettre avec Bris une action curative de l'iode sur le tissu tuberculeux. Il faudrait examiner s'il n'existe pas d'autres véhicules de l'iode qui s'adaptent mieux à un traitement des formes adhésives par leur substance oléagineuse, l'iodipine par exemple. Il est nécessaire de recueillir de nouvelles observations. »

En résumé, nous voyons que l'iode exerce une action qui n'est pas niable sur les néoformations tuberculeuses du péritoine.

Transporté à travers la surface cutanée (pommade) ou directement sur le péritoine (sérum) ou encore appliqué plus intimement sur cette séreuse à la faveur d'une intervention chirurgicale, ce métalloïde est presque un médicament spécifique des bacilles tuberculeux. Les résultats sont bons sans l'intervention, et avec celle-ci ils sont surprenants ; comme il est des cas où on ne peut éluder la laparotomie, son pronostic sera singulièrement rendu meilleur par l'emploi simultané de préparation à base d'iode.

CHAPITRE VII

CAS D'URGENCE OU L'INTERVENTION CHIRURGICALE S'IMPOSE

La thérapeutique médicale, avec ses agents modernes comme l'héliothérapie, a permis d'obtenir des résultats surprenants dans la cure des péritonites tuberculeuses. Il est cependant des cas très limités, très spéciaux il est vrai, où cette thérapeutique est insuffisante et où l'intervention chirurgicale, en l'espèce la laparotomie, s'impose. Nous en avons d'ailleurs déjà dit un mot dans notre chapitre de début, nous ne ferons ici que résumer succinctement les faits.

Dans l'ascite tuberculeuse juvénile, la médecine a eu d'inespérés succès, les agents physiques font merveille en particulier l'héliothérapie. Mais la méthode est longue, demande du temps et surtout des soins coûteux et patients que toutes les classes sociales ne peuvent s'offrir. Dans la pratique hospitalière, l'intervention, sans être meilleure que la thérapeutique médicale, sera cependant plus expéditive et ce n'est pas négligeable quand on a à traiter des enfants de classes pauvres. L'iodothérapie, combinée à la laparotomie,

permettra au malade d'être sur pieds en trois semaines. Nous ne dirons pas, bien entendu, que cette intervention s'impose d'urgence mais elle est plus économique, plus expéditive, ce qui n'est pas négligeable.

Dans les formes fibreuses, l'occlusion intestinale est souvent la conséquence d'un processus fibreux trop intense. Ici, il faudra sans aucune hésitation et d'urgence ouvrir le ventre du malade, son salut est à ce prix.

Dans les cas de suppuration de la forme ulcéro-caséuse, une opération est également indiquée.

Il ne faut pas oublier que, même dans les cas d'indications opératoires nettes, il ne faut pas négliger le traitement médical qui, par ses prescriptions hygiéniques, par l'emploi raisonné qu'il fait des agents naturels, sera le meilleur adjuvant avant et après l'opération.

CONCLUSIONS

I. — La péritonite tuberculeuse guérit quelquefois spontanément par le traitement hygiéno-diététique simple fait dans de bonnes conditions, à la mer, à la montagne ou à la campagne.

II. — La cure solaire dans cette maladie amène assez vite la cessation de la douleur et de la diarrhée, la chute de la température. Son action sur les exsudats et gâteaux péritonéaux est manifeste, sur l'ascite ce rôle est moins évident, il est en tout cas beaucoup plus lent.

L'hydrothérapie marine est un bon adjuvant de la cure solaire proprement dite.

L'héliothérapie, à condition d'être maniée avec précaution, quand on dispose d'un temps suffisant, apparaît comme le traitement de choix des péritonites tuberculeuses moyennes, sévères ou graves. L'héliothérapie artificielle ou photothérapie donne aussi de bons résultats.

III. — Le traitement iodé, nettement moins probant que le précédent, a donné par lui-même soit sous

forme de pommade révulsive, soit en injection de sérum, des résultats satisfaisants et peut être considéré comme l'adjuvant le plus efficace de la laparotomie. Il hâte la cicatrisation des lésions opératoires du péritoine, empêche les complications ultérieures.

IV. — Cette laparotomie, que les succès obtenus dans l'emploi des agents physiques semblent devoir faire oublier de plus en plus, a ses indications d'urgence et ses résultats dans certaines formes très spéciales de péritonite tuberculeuse.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. PIC

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 novembre 1913.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION,

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDIBERT, *De la laparotomie dans les péritonites tuberculeuses* (thèse de Paris, 1892).
- ALLEAUME, *Contribution à l'étude des péritonites bacillaires Pronostic. Traitement*, 1893.
- ARMAND, *De l'héliothérapie à l'altitude dans le traitement des tuberculoses dites chirurgicales* (thèse de Lyon, 22 novembre 1911).
- AUSSET-BÉDARD, *Echo médical du Nord*, Lille, 1898.
- BADIN, Traitement des exsudats inflammatoires et de la tuberculose par l'insolation (*la Clinique*, août 1910).
- BAISCH, Traitement de la tuberculose génitale et péritonéale chez la femme (*Arch. für Gynæcologie*, 1908, 842).
- BEAUSSENAT, *Résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite bacillaire* (thèse de Lyon, 1893).
- BÉRARD, A propos du diagnostic, de l'évolution et du traitement de la péritonite tuberculeuse (*Bulletin médical*, p. 549, 1910).
- BOULLAUD, *Tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte au point de vue du pronostic et du traitement* (thèse de Paris, 1885).
- BOURDETTE (A.), *Contribution à l'étude du traitement médical des péritonites tuberculeuses chroniques chez l'enfant* (thèse de Paris, 1912).
- BRAULT, Péritonite bacillaire chez les enfants (*Gaz. des hôp.*, 1898).
- BROUARDEL et GILBERT, *Traité de médecine* (art. MALADIE DU PÉRITOINE, par Dupré).
- BRUHL, Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (*Gaz. des hôp.*, 1890).

- BURNET, Traitement de la péritonite tuberculeuse (*the Lancet*, n° 4.045, mars 1901).
- CALLOT, Traitement de la péritonite tuberculeuse (*Congrès international de la tuberculose*, 1905).
- CAMINO, Sanatorium de Hendaye. Fonctionnement. Résultats (*Congrès de Biarritz*, 1903).
- CAMINO et DUJANIC DE LA RIVIÈRE, De la cure marine dans le traitement de la péritonite tuberculeuse au Sanatorium de Hendaye (*Congrès de physiothérapie*, Paris, 1910).
- CHARCOT-BOUCHARD, *Traité de médecine* (art. de Courtois : MALADIES DU PÉRITONE).
- CHATIN et GAULIER, De l'héliothérapie dans le traitement des péritonites tuberculeuses (*Lyon médical*, décembre 1911).
- COMBY, Tuberculose péritonéale à forme ascitique (*Arch. de médecine infantile*, 1898-99).
- Traitement de la péritonite bacillaire par la cure saline (*Ibid.*, 1902 et 1905).
- DEBOVE, Traitement médical de la péritonite bacillaire (*Semaine médicale*, 1890).
- FAUCHET, la Cure solaire dans le traitement des affections tuberculeuses (*la Clinique*, 19 juillet 1912, p. 455).
- FEDELLI, Sulla cura medica della peritonita tubercul. (*Clin. med. Pisa*, 1904).
- FONSAGGRIVE, *Thérapeutique de la phtisie pulmonaire*, Bailière et fils, Paris, 1880.
- FRANCONI, Influence de l'héliothérapie sur les séquestres tuberculeux (*Deutsche Zeitung für Chirurgie*, 4 avril 1912).
- GALTI, Processo intimo di regressioni della peritonito tuberoso per la laparotomia semplice (*Riforma medica*, 1894).
- GOEPPERT, Traitement médical de la péritonite bacillaire (*Archives médicales infantiles*, 1904).
- GRANCHER, Tuberculose pulmonaire (*Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*).
- GRANGE, *Traitement médical de la péritonite tuberculeuse* (thèse de Paris, 1902).

GRISOLLE, *Pathologie interne*, article PÉRITONITE, t. I.

GUILLEMARE, *Recherches sur la péritonite tuberculeuse aiguë* (thèse de Paris, 1898).

HALLOPEAU, Rapport sur l'héliothérapie dans le traitement de la tuberculose (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1908).

HUCHARD, Sanatoria et stations climatériques (*Journal des Praticiens*, décembre 1897).

JALAGUIER, *Traité de Chirurgie*.

JOSSERAND, Traitement des péritonites bacillaires (*Lyon médical*, 1906).

JAUBERT et RIVIER, la Cure hélio-marine dans la tuberculose (*Presse médicale*, 1912).

KÖENIG, De la tuberculose péritonéale diffuse et des tumeurs apparentes qu'elle détermine dans l'abdomen, avec remarques sur le pronostic et le traitement (*Centralblatt für Chirurgie*, 1884).

LAFONT, *Péritonite tuberculeuse* (thèse de Toulouse, 1893).

LALESQUE, *la Mer et les tuberculeux*, Masson, 1904.

LAROCHE, *Comment traiter la péritonite tuberculeuse* (thèse de Paris, 1900).

LAMBLE, *Traitement de la tuberculose par l'altitude*. Doin, éditeur, Paris, 1896.

LEGUEU, Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (*Semaine médicale*, 1894).

LENORMAND, Tuberculose chirurgicale et héliothérapie (*Presse médicale*, 1911).

LEROUX, Cure de la péritonite tuberculeuse (*Méd. des enfants*, Paris, 1903 ; *Bulletin médical de Paris*, 1903).

MARFAN, Maladies du médiastin (*Traité de médecine de Charcot et Bouchard*).

- Article PÉRITONITE BACILLAIRE (*Traité de médecine infantile de Grancher et Comby*).

MARTIN, *Comparaison entre le traitement médical et le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse infantile* (thèse de Paris, 1904).

- MATHIS, *Traitement des péritonites tuberculeuses* (thèse de Paris, 1890).
- MAURANGE, *Intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse* (thèse de Paris, 1889).
- MALGAT, *Cure solaire dans la tuberculose*, Nice, 1903.
- MERRY, *Etude clinique de quelques formes rares de la péritonite tuberculeuse* (thèse de Paris, 1907).
- MOURIQUAND, *Lyon médical*, 1911.
- MILLIOZ, *Héliothérapie locale comme traitement des tubercules articulaires* (thèse de Lyon, 1899).
- MIRAMOND DE LA ROQUETTE, *Traitement des péritonites tuberculeuses par le surchauffage lumineux* (*Congrès de Physiothérapie*, 1910).
- MONTI, Valeur thérapeutique de la laparotomie dans les péritonites tuberculeuses (*Arch. für Chirurgie*, 1897).
- MOOSETIG-MOORHOF, *Wiener medikal Presse*, 1891.
- NOLLÉCOURT, *Péritonite tuberculeuse* (*Pédiatrie pratique de Lille*, 1910).
- ORTICONI, *l'Héliothérapie. Application médico-chirurgicale*, Lyon, 1901.
- PIC, *l'Intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse* (thèse de Lyon, 1890).
- PONCET, *Héliothérapie* (Communication à l'Académie de médecine, 15 octobre 1912).
- GUERVAIS (du), Sur le traitement héliothérapique des tubercules chirurgicales (*Deutsche Zeitung für Chirurgie*, avril 1912).
- REGNARD, *Cure à l'altitude*, Masson, 1897.
- RENDU, *Traitement de la péritonite tuberculeuse par injection de naphtol camphré* (*Société médicale des Hôpitaux*, mai 1895).
- REVILLET, Effets curatifs du climat méditerranéen et de l'héliothérapie locale (*Congrès de Nice*, 1904).
- *Traitement de la tuberculose au bord de la Méditerranée* (*Académie de médecine*, 1910).
- RICHARDIÈRE, Curabilité de la péritonite bacillaire (*Médecine moderne de Paris*, 1893).

RIVIER, *Cure marine hélioméditerranéenne* (thèse de Lyon, 1912).

ROBIN, Traitement des péritonites tuberculeuses (*Correspondance médicale*, Paris, 1907).

ROESCH, Traitement chirurgical des péritonites tuberculeuses (*Revue de chirurgie*, 1893).

ROLIER, Cure solaire à l'altitude et cure héliothérapique dans les tuberculoses chirurgicales (*Congrès international de physiothérapie*, Rome, 1907).

SEU DE ROUVILLE, Péritonite tuberculeuse guérie par la cure d'air, le repos, la suralimentation (*Bulletin de la Société de médecine de la Drôme et Paris*, 1902).

SILVESTRI, Cura iodo-iodurata alle Durante nella peritonito tuberculare (*Il Policlinico*, 1903).

SPILLMANN, Article PÉRITONITE (*Dictionnaire Dechambre*).

TEISSIER (P.), Péritonite tuberculeuse expérimentale, essais de traitement (*Congrès de médecine de Paris*).

TRUC, *Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse* (thèse d'agrégation, Paris, 1885).

VARIOT, Péritonite tuberculeuse. Sa curabilité (*Journal de clinique infantile*).

WEILL et GARDÈRE, l'Héliothérapie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse (*Lyon médical*, décembre 1911).

WITTNER, Influence de l'héliothérapie à de hautes altitudes pour le traitement des tuberculoses chirurgicales (*Deutsche Zeitung für Chirurgie*, 4 avril 1912).

JAUBERT, la Cure solaire de la péritonite tuberculeuse (Communication au *Congrès de Pédiatrie*, octobre 1913).

— Des conditions qui favorisent la pratique de l'héliothérapie (*Lyon médical*, 1913).

FALKNER (A.), Traitement direct des péritonites tuberculeuses par les préparations iodées (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 6 mars 1913).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique	11
CHAPITRE II. — Formes cliniques de la péritonite tuberculeuse	17
CHAPITRE III. — Le traitement médical actuel, considérations et règles générales. Règles de l'hygiéno-diététique.	22
CHAPITRE IV. — L'héliothérapie, traitement de la péritonite tuberculeuse.	29
a) Des conditions qui favorisent son emploi	29
b) Mode d'action des radiations solaires	33
c) Technique de l'insolation dans les péritonites tuberculeuses	34
d) Avantages et résultats de la cure (observations).	36
CHAPITRE V. — Photothérapie	50
CHAPITRE VI. — Les préparations iodées dans le traitement de la péritonite tuberculeuse	53
CHAPITRE VII. — Cas d'urgence où l'intervention s'impose.	64
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	69

